



Ressource Inclusion 0-6 ans

Prestation indirecte de pédagogie spécialisée pour la petite enfance

Formulaire de demande à retourner à : ressource.inclusion0-6ans@chuv.ch

INSTITUTION BENEFICIAIRE DE LA PRESTATION DEMANDEE

NOM :

Type de structure :

Adresse :

NPA / Localité :

Capacité d'accueil :

(nombre de places)

Secteur concerné :

par la demande

La structure d'accueil est-elle intégrée à un réseau de la FAJE : Oui Non

Si oui, lequel :

COORDONNEES DES PROFESSIONNELS

Direction:

NOM/ Prénom :

Tél.:

Adresse e-mail :

Personne de référence pour la demande, si autre que la direction :

NOM/ Prénom :

Tél.:

Adresse e-mail :

Plages horaires de l'équipe disponibles pour une rencontre

| | LUNDI | MARDI | MERCREDI | JEUDI | VENDREDI |
|-----------------------|-------|-------|----------|-------|----------|
| HORAIRE de... à... | | | | | |

Horaire de fréquentation de l'enfant

| | LUNDI | MARDI | MERCREDI | JEUDI | VENDREDI |
|---------------------------|---|---|---|---|---|
| Matin de...à... | | | | | |
| Repas de midi | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Après-midi de... à ... | | | | | |



MOTIFS DE LA DEMANDE

Difficultés rencontrées au quotidien par l'équipe éducative qui accueille l'enfant concerné :
(en lien avec l'enfant – en lien avec le groupe d'enfants ?)

Compétences/difficultés rencontrées par l'enfant au sein du collectif :

ORGANISME / PERSONNE AIDANT L'ENFANT ET SA FAMILLE

Pro Infirmis, SEI, thérapeutes, etc.

REMARQUES

Les parents de l'enfant sont-ils au courant de la démarche :

Oui

Non

Date de la demande

Signature de la direction de l'institution